

Quillón, 24 DIC 2015

**VISTOS:**

- Las Licencias Médica de Sonia Espinoza y Stefania Monsalves.
- El Decreto Alcaldicio N° 2294 de fecha 12 de Mayo del 2015, que designa Subrogantes del Alcalde y Direcciones Municipales.
- Decreto Alcaldicio N° 2.651 de fecha 11 de Junio de 2015, que aprueba complemento del D. A. N° 2.294/2015.
- El Decreto Alcaldicio N° 915 de fecha 25 de Octubre del 2013, que Nombra como Administrador Municipal al Sr. Vladimir Peña Mahuzier.
- El Decreto Alcaldicio N° 413 de fecha 08 de Mayo del 2013, que delega funciones al Administrador Municipal o a quien Subroge.
- El Decreto Alcaldicio N° 472, de fecha 05 de Junio de 1996, que aprueba el Reglamento de la Carrera Funcionaria del Personal regido por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal de la comuna de Quillón.
- La Ley N° 19.378/95, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- El Decreto Alcaldicio N° 109, de fecha 25 de Febrero de 1991, que aprueba el Reglamento Interno del Departamento de Salud Municipal de Quillón.
- La Ley N° 18.883/89, Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales.
- El Decreto Alcaldicio N° 3.966 de fecha 10 de Diciembre de 2014, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2015 del Departamento de Salud.
- La sentencia de proclamación de Alcaldes N° 14 de fecha 30 de Noviembre de 2012, por el que Nombra como Alcalde de la I. Municipalidad de la comuna de Quillón a Don Alberto Gyhra Soto.
- La Ley N° 18.695, **ORGÁNICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES**, de fecha 31 de Marzo de 1988, sus posteriores modificaciones y las necesidades del servicio.

**DECRETO:**

1. Acéptense las licencias médicas, al o los funcionario (s) que se señalan en la siguiente tabla:

N° de Licencia	Funcionario	Rut	Cargo	Días	Desde	Hasta	Isapre/Fonasa
1-32098170	Sonia Espinoza Campos	[REDACTED]	Administrativo CECOSF	03	22/12/2015	24/12/2015	FONASA
2-49578705	Stefania Monsalves Bustos	[REDACTED]	Administrativo CESFAM	07	23/12/2015	29/12/2015	FONASA

2. De acuerdo a lo previsto en el Estatuto de Salud Primaria, deberá mantenerse la remuneración íntegra, por los días en los cuales se encuentre con Licencia Médica.
3. Tramítense y envíe Licencia Médica a la entidad correspondiente.

**ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.**



**EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA**  
**SECRETARIO MUNICIPAL**  
**MINISTRO DE FE**

*ELs/jsb.*  
 23.12.2015

**DISTRIBUCIÓN:**

- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Depto. Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.
- Archivo Funcionario (a)



**VLADIMIR PEÑA MAHUZIER**  
**ADMINISTRADOR MUNICIPAL**  
 "POR ORDEN DEL ALCALDE"



# Licencia Médica

MINISTERIO DE SALUD

La COMPIN, la Unidad de Licencias médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el periodo de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N° 3/1984.

N° 1 - 32098170

## SECCION A : USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

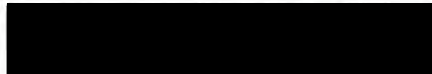
### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

ESPIÑOZA CAMPOS SONIA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES



22 12 15  
FECHA EMISION LICENCIA

FECHA INICIO DE REPOSO 22 12 15  
DIA MES AÑO

46  
EDAD

F  
SEXO

03  
N° DE DIAS

TRES  
N° DE DIAS EN PALABRAS

### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave hijo menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena ( Ley 18.867 ).

APPELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO

RUN

### A.3. TIPO DE LICENCIA

1

- 1 = ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN
- 2 = PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA
- 3 = LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL
- 4 = ENFERMEDAD GRAVE HIJO MENOR DE 1 AÑO
- 5 = ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO
- 6 = ENFERMEDAD PROFESIONAL
- 7 = PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL 1 = SI 2 = NO INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ 1 = SI 2 = NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO DIA MES AÑO

HORA MINUTOS TRAYECTO 1 = SI 2 = NO

FECHA DE LA CONCEPCION MES AÑO

### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1

- 1 = REPOSO LABORAL TOTAL
- 2 = REPOSO LABORAL PARCIAL

SOLO PARA REPOSO PARCIAL

- A = MAÑANA
- B = TARDE
- C = NOCHE

LUGAR DE REPOSO 1 = SU DOMICILIO 2 = HOSPITAL 3 = OTRO DOMICILIO

1

JUSTIFICAR SI ES OTRO ( 3 )

DIRECCION CALLE N° DEPTO. COMUNA

TELEFONO ( PERSONAL O DE CONTACTO )

FIRMA DEL TRABAJADOR

### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

LIMCOVIC NANCY PAMELA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

ESPECIALIDAD

- 1 = MEDICO
- 2 = DENTISTA
- 3 = MASTRONA



REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL

CORREO ELECTRONICO

1111

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**

COMPIN, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE



TOTAL DIAS		DESDE		HASTA	
DIAS	MESES	DIAS	MESES	DIAS	MESES
04	01	21	07	24	07
01	01	09	07	10	07
04	01	27	10	30	10
03	01	19	11	20	11
01	01	04	12	04	12

Art. 15 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el Servicio de Salud o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepcionado el documento.

CAJ. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES ( INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE )

ABAJADOR SECTOR PUBLICO : Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo. ABAJADOR INDEPENDIENTE : Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del periodo de vigencia. ABAJADOR DEPENDIENTE : Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.



# Licencia Médica

## Nº2- 49578705

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. Nº3/1984.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.  
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.  
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

### SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

#### A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO: **MONSALVES**    APELLIDO MATERNO: **BUSTOS**    NOMBRES: **STEFANIA**  
 FECHA EMISION LICENCIA: **21/12/15**    FECHA INICIO DE REPOSO: **23/12/15**    RUN: **09098629**    M O F: **F**  
 Nº DE DIAS: **07**    Nº DE DIAS EN PALABRAS: **SIETE**    EDAD: **29**    SEXO: **F**

#### A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO

Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APELLIDO PATERNO: **GAEMMERMANN**    APELLIDO MATERNO: **MONSALVES**    NOMBRES: **GRACE**  
 FECHA DE NACIMIENTO: **080715**    RUN: **25036350**    SEXO: **B**

#### A.3. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN  
 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA  
 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL  
 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO  
 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO  
 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL  
 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO

RECUPERABILIDAD LABORAL:  1= SI     2= NO    INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ:  1= SI     2= NO

FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO:  /  /     TRAYECTO:  1= SI     2= NO

HORA:     MINUTOS:     FECHA DE LA CONCEPCION:  /  /

#### A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

1= REPOSO LABORAL TOTAL     2= REPOSO LABORAL PARCIAL  
 SOLO PARA REPOSO PARCIAL:     A= MAÑANA    B= TARDE    C= NOCHE

LUGAR DE REPOSO:  1= SU DOMICILIO     2= HOSPITAL     3= OTRO DOMICILIO  
 JUSTIFICAR SI ES OTRO (3): \_\_\_\_\_

DIRECCION DE REPOSO: \_\_\_\_\_  
 CALLE: \_\_\_\_\_  
 Nº: \_\_\_\_\_    DPTO: \_\_\_\_\_  
 VILLA O LOCALIDAD: \_\_\_\_\_  
 COMUNA: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_    CELULAR: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCIÓN DE LM A CORREO ELECTRÓNICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y A ACCEDER A INFORMACIÓN PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

#### A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

APELLIDO PATERNO: **RIVERA**    APELLIDO MATERNO: **WINGHT**    NOMBRES: **NATASHA ISAO**    ESPECIALIDAD: **pediatra**  
 RUN: **26658**    REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL: **2**    CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION: **ZENTENO**  
 CALLE: **ZENTENO**    Nº: **1512**    FIRMA DEL PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 COMUNA: **DOBENO**    CORREO ELECTRONICO: **2456096**

**NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES**

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE: \_\_\_\_\_  
 TOTAL DIAS: **84**  
 DESDE: **08/07/2015**    HASTA: **09/09/2015**  
 Art. 13 - El empleador deberá presentar la licencia médica ante el COMPIN o Isapre correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recepción del documento.

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES